

Beitrittserklärung

Ich werde Mitglied der KPÖ

Name: _____

Adresse: _____

Beruf: _____ Geb. Datum: _____

Telefon: _____ Beitrittsdatum: _____

E-Mail: _____

Unterschrift: _____

Besondere Interessen/Anmerkungen:



**KPÖ Steiermark, Lagergasse 98a, 8020 Graz.
Tel. 0316 71 24 36.
www.kpoe-steiermark.at**